Rok XLIX. Kraków, dnia 31 lipca 1910. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza i zakładu higieny Uniw. Jag. w Krakowie.

O metodzie Wassermanna, modyfikacyi Bauera, i o surowicach z pęcherzy.

Przez

Prym. Dra E. Borzęckiego i Doc. Dra R. Nitscha.

W pracy naszej chodziło głównie o zbadanie 3 tematów:

1) O sprawdzenie na materyale oddziału VB. szpitala św. Łazarza wartości rozpoznawczej próby Wassermanna.

2) O porównanie tej próby w jej klasycznej postaci z modyfikacyą, podaną przez Bauera.

3) O przekonanie się, czy do wykonania próby Wassermanna można użyć zamiast surowicy ze krwi chorego, surowicy uzyskanej przez przyłożenie plastra pryszczącego (emplastrum cantharid.).

Co do 1), to wartość rozpoznawcza próby Wassermanna jest już ustalona przez wielką ilość prac, ogłoszonych zwłaszcza przez niemieckich autorów. Ponieważ jednak w polskim języku istnieje zaledwie kilka publikacyi, poświęconych tej sprawie, sądzimy, że nie będzie od rzeczy ogłosić i nasze doświadczenia.

Na podstawie dotychczasowych wyników badań, obejmujących dziesiątki tysięcy przypadków, należy uważać odczyn surowicy kiłowej, podanej przez Wassermanna, za swoisty dla kiły w znaczeniu klinicznem. Jeżeli bowiem strona teoretyczna (zastąpienie antygenu z narządów kiłowych antygenem sztucznym) nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona, to wartość odczynu jako swoistego dla kiły przez to nic nie traci. W tym względzie zdania wszystkich badaczy są zgodne, różnice dotyczą wysokości odsetków co do różnych okresów choroby.

Na dowód swoistości odczynu wystarczy przytoczyć np. wyniki Wassermanna, Brucka i Neissera, obejmujące 3000 zbadanych surowic, w której to liczbie tylko w 4 przypadkach z wywiadami i wynikiem ujemnym badania klinicznego — był odczyn dodatni, odsetek tak mały, że przy uwzględnieniu, jak autorowie dodają, możliwości świadomego zatajenia przebytej choroby, nie może osłabiać wartości rozpoznawczej odczynu.

Blaschko i Citron na 1000 surowic badanych ludzi zdrowych nie mieli ani razu zahamowania hemolizy. Co do różnych okresów kiły, to odsetek odczynu dodatniego waha się w granicach dosyć szerokich.

Między innymi:

Autor	Lues I.	Lues II. manifesta	Lues II. latens	Lues III. manifesta	Lues III. latens
Bruck i Stern	48·27%	87%	50%	66·6%	50%
Citron i Blaszko	90%	98%	80%	91%	60%
Hoffmann i Blumenthal	50%	82%	— *)	88%	38%
Gross i Volk	40%	67%	— *)	76%	— *)
Bering	39%	100%	— *)	65%	— *)
Nasze wyniki	65%	83·3%	52%	63%	— *)

*) Podziałki w tablicy nie wypełnione dlatego, bo dotyczący autorowie łączyli w jedną całość przypadki kiły jawnej i utajonej. Odsetkowe zestawienie naszych wyników odnosi się do 190 przypadków, zbadanych przez nas (zestawione są w dalszej części pracy w osobnej rubryce) i 90 przypadków, zbadanych przez kol. Eisenberga, asystenta zakładu higieny, który te badania wykonał w celach metodologicznych, nam zaś uprzejmie udzielił wyników, za co mu gorące składamy podziękowanie.

Oprócz surowic, pochodzących z chorych kiłowych, zbadaliśmy 55 surowic z osobników, u których kiły nie rozpoznaliśmy; 15 takich surowic zbadał sam kol. Eisenberg. Z tych 70 surowic trzy dały wynik dodatni; będzie o nich mowa w dalszej części pracy.

Znaczne różnice wyników w okresie zmiany pierwotnej wytłómaczyć się dadzą okolicznością, że badane przypadki były w różnych okresach czasu od wystąpienia zmiany pierwotnej, a z badań dotychczasowych wiemy, że im bliżej okresu wystąpienia zmian ogólnych, z większem tem prawdopodobieństwem odczyn będzie dodatni. W pierwszych dniach wystąpienia zmiany pierwotnej — może klinicznie czasem trudnej do rozpoznania, wykazanie krętka bladego usunie wątpliwości w tym względzie, czego nie można powiedzieć o ujemnym wyniku odczynu surowicy. Co do kiły II. uderza 100% Behringa. Autor ten wyraźnie zaznacza, że wszystkie badane przypadki 384, nie były zupełnie leczone.

W kile III. różnice odsetkowe są dosyć znaczne. Tenże sam badacz w liczbie 62 przypadków kiły z jedną

zmianą (monosymptomatische Lues) otrzymał tylko 37% wyników dodatnich, w kile zaś o licznych zmianach, przeważnie powłok skórnych, błon śluzowych 93%, i na tej podstawie wypowiada przypuszczenie, że zmiany kiłowe wytwarzają pewne istoty, odgrywające rolę przy wywoływaniu odczynu Wassermanna. Jeżeli chodzi o wartość odczynu surowiczego, jako środka rozpoznawczego w okresie kiły II. jawnej, to na podstawie zestawienia dotychczasowych wyników z wyjątkiem Beringa, musimy wypowiedzieć zdanie, że wartość ta jest mniejsza od wartości rozpoznania na podstawie badania klinicznego. Nazwiska badaczy dają rękojmię, że rozpoznawania kliniczne (zmiany powłok skórnych, błon śluzowych) były dobre, a nie zawsze bywał wynik odczynu dodatni. Naturalnie, że oprzeć się trzeba w takich razach na badaniu klinicznem. Z drugiej jednak strony w przypadkach o wywiadach ujemnych, niepewnych, w okresie utajenia — wartość odczynu surowiczego nabiera dopiero właściwego znaczenia.

O ile wartość odczynu surowiczego jako środka rozpoznawczego w kile II. jawnej ze zmianami na powłokach zewnętrznych w wyjątkowych tylko przypadkach będzie mieć wyższość nad rozpoznaniem klinicznem, to inaczej ma się rzecz w kile III. jawnej. Bo jakkolwiek większość przypadków kiły III., czy to powłok skórnych, czy błon śluzowych, czy kości, nie przedstawia dla doświadczonego lekarza trudności w rozpoznaniu ich przyrody, to przecież zdarzają się w tym kierunku przypadki trudne do rozpoznania. Oględny lekarz w takim przypadku zastosuje leczenie swoiste, które w krótkim czasie pozwoli mu ocenić, czy przypuszczenie jego było słusznem. — Gorzej jednak, jeżeli w takim przypadku wykona się zabieg chirurgiczny, a dopiero, czy to zbadanie histologiczne, czy wystąpienie w czasie późniejszym w innem miejscu niewątpliwej zmiany kiłowej skieruje zapatrywanie na przyrodę cierpienia na drogę właściwą. Takich to zwłaszcza wątpliwych i trudnych w rozpoznaniu przypadkach próba Wassermanna nabiera wartości. Bez porównania większą jest wartość odczynu Wassermanna jako środka rozpoznawczego w przypadkach schorzeń narządów wewnętrznych. które budzą podejrzenie. że są pochodzenia kiłowego, choćby przytoczyć tętniaki, schorzenia wątroby i t. d. Lesser w materyale sekcyjnym (około 4000 sekcyi) szpitala Charite w Berlinie znalazł 33 przypadków kiły wątroby, z których ani jeden za życia jako taki nie był rozpoznany.

Tam, gdzie badanie kliniczne, oparte na znalezieniu zmian przyrody niewątpliwie kiłowej, czy poparte jeszcze obecnością krętka bladego, jest pewnem, odczyn Wassermanna jako środek rozpoznawczy będzie zbytecznym, ale w przypadkach, które dadzą podejrzenie, że powstały na tle kiłowem, sprowadzi rozpoznanie na drogę właściwą i w obecnej porze musimy go uznać za wielką zdobycz w tym względzie.

Nasuwa się pytanie, czy odczyn ten może nam służyć, jako wskazówka co do leczenia kiły? Okres czasu od podania odczynu Wassermanna jest jeszcze za krótki, by można już dziś na podstawie dotychczasowych wyników badań w tym względzie wypowiedzieć stanowcze zdanie. Badania odczynu surowicy z uwzględnieniem zachowania się tegoż przed i po leczeniu swoistem i to przetworami rtęciowymi (Blaschko, Bering, Türkhauer, Stopczański) dowodzą, że leczenie to w pewnym odsetku przypadków zmienia odczyn dodatni na ujemny.

W liczbie naszych przypadków badaliśmy surowicę kilku chorych po przeprowadzeniu leczenia swoistego i otrzymaliśmy podobne wyniki. — Liczba zbyt mała, by można stąd jakieś wnioski wysnuwać. Jeżeli można się zgodzić z zapatrywaniem Blaschko, że w każdym przypadku, w którym jest odczyn dodatni, należy przez leczenie dążyć do zmienienia go na ujemny, to nie wydaje nam się rzeczą łatwą do przeprowadzenia, by można co dni kilkanaście robić u chorych upust krwi z żyły... Sam rękoczyn, zrobiony umiejętnie, nie grozi wprawdzie żadnem niebezpieczeństwem dla chorego, ale inne względy sprawią trudności. — Z drugiej strony musimy w pierwszym rzędzie mieć na względzie przebieg kliniczny kiły w okresie jej wczesnym. — W tym kierunku różnicy zdań niema, że przeciętnie pierwsze 3 lata od zakażenia są okresem czasu, w którym, zależnie głównie od leczenia, nawroty się pojawiają. Wątpić należy, czy znalazłby się lekarz, który, opierając się na ujemnym wyniku surowicy w roku I. lub II. od zakażenia (gdyby nawet chory dotyczący na dłuższy czas przed wykonaniem badania leczony nie był), pozwolił takiemu choremu na tej podstawie wejść w związki małżeńskie. Gdyby wynik ujemny odczynu miał to samo znaczenie, jak dodatni, wnioski byłyby prostsze; tak jednak nie jest. Wynik ujemny w tym okresie kiły, dziś ujemny — za dni kilka może być dodatnim.

Bruhns i Halberstädter podnoszą. że w liczbie badanych około 1000 przypadków spotykali takie, w których po przeprowadzeniu leczenia rtęciowego wynik odczynu był ujemny wtedy, kiedy już stwierdzić się dały nowo powstałe zmiany kiłowe. Wahania w zachowaniu się odczynu surowiczego są pod wpływem leczenia rtęcią zbyt duże, by w okresie kiły wczesnej, w którym takie leczenie co pewien czas stosowane bywa, można polegać na nim i według niego układać plan leczenia.

(C. d. n.).

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Dokończenie).

Jakkolwiek istoty tej, jak to już wyżej podniosłem, nie można dzisiaj uważać w myśl poglądów Weismanna za tę część, w której wyłącznie istota dziedziczna się mieści, to jednak, jeśli istota ta istotę dziedziczną zawiera, co znowu z wielu badań wynika, redukcya istoty chromatynowej przed zapłodnieniem może poniekąd tłómaczyć tę okoliczność, że nie wszystkie cechy każdego z rodziców muszą przejść na potomstwo. Gdy zaś obok własności fizyologicznych dana istota posiada własności patologiczne, zachodzą przy redukcyi chromatyny warunki, mające nawet określony swój wyraz morfologiczny, umożliwiające eliminacyę tych własności patologicznych. Skoro przy powstawaniu swem nowy osobnik otrzymuje swe cechy i własności w równej mierze od obojga rodziców, to wówczas, gdy

jedno z nich jest upośledzone na zdrowiu w sposób odbijający się na potomstwie, drugie zaś jest zupełnie zdrowe, a przynajmniej nie jest obarczone tem samem cierpieniem, co pierwsze, powstają szanse dla potomka pomyślne o tyle, że dane cierpienie jednego z rodziców może nań nie przejść zupełnie, albo przejść nań w słabszym stopniu.

Powyższe fakty tłomaczą słabnięcie, a względnie zanikanie w dalszych pokoleniach cech i własności patologicznych przodków (hereditas regressiva), na co w pewnej mierze w pożądanym kierunku wpłynąć można. Wynika stąd poważne zadanie dla medycyny praktycznej w dziedzinie profilaktyki, oraz korzystnego wpływania na rasę ludzką. Przy zwracaniu bowiem należytej uwagi na stan zdrowia osób, mających zawierać związki małżeńskie, oraz na ewentualne choroby, panujące w ich rodzinach, można niewątpliwie uchronić w niejednym przypadku przyszłe pokolenie od spotęgowania się w nich wad dziedzicznych (hereditas progressiva), oraz zmierzać przez odpowiedni dobór do usunięcia w przyszłem pokoleniu skutków dziedziczności patologicznej. Uwagi te stosują się głównie do małżeństw, mających się zawierać wśród krewnych, oraz osób dotkniętych gruźlicą, kiłą, alkoholizmem przewlekłym, oraz chorobami nerwowemi, a także skazą dnawą rozwiniętą w wysokim stopniu. Jest to jedno z najważniejszych zadań medycyny społecznej, wprawdzie oddawna spełniane w pewnej mierze przez wyższe warstwy społeczne, zasługujące jednak na znacznie większe uwzględnienie, niż to się dzieje dotychczas, zwłaszcza wśród nieoświeconych mas ludności, którym w tym względzie tylko świadomy rzeczy lekarz mógłby przyjść z pomocą.

Dalszem zadaniem medycyny społecznej, wynikającem z nauki o dziedziczności patologicznej, jest zwalczanie tych chorób, które na potomstwie szkodliwie się odbijają, już nietylko ze względu na same osobniki chore, ale i ze względu na ich potomstwo. A zatem zwalczanie na wielką skalę chorób płciowych, zwłaszcza kiły, i to nietyle może przez pouczanie o ich niebezpieczeństwie dorastającej młodzieży, oraz ustawowe regulowanie stosunków płciowych, co przez czynniki natury moralnej, podnoszące poziom etyczny młodzieży, oraz czynniki odciągające ją od złego; przez umożliwienie chorym uboższym skutecznego, a zarazem dyskretnego leczenia się, wreszcie przez przymusowe oddzielenie chorych i leczenie tych chorób u osób, u których zachodzi tego potrzeba; zwalczanie gruźlicy, jako klęski społecznej, szerzącej się w niektórych krajach, zwłaszcza u nas, niezmiernie silnie, zapomocą znanych w medycynie sposobów, których atoli stosowanie na szerszą skalę napotyka niestety na wielkie trudności, przedewszystkiem natury finansowej; zwalczanie i zapobieganie pijaństwa; opieka nad umysłowo chorymi i odpowiednie wychowywanie osobników nerwowo obciążonych w myśl tej sprzecznej z poglądami Lombrosa zasady, że człowiek nerwowo obciążony niekoniecznie musi się stać degenerantem lub kryminalistą, a że jego stan umysłowy i moralny w znacznym stopniu zależy od wpływów, jakie zwłaszcza w okresie rozwoju nań działają; usiłowania, zmierzające do zwalczenia nieuleczalnego do dziś dnia raka; zaprowadzenie ściślejszej, niż dotąd kontroli i lepszej opieki lekarskiej nad dziatwą szkolną ze względu na zapobieganie i zwalczanie krzywicy, zwłaszcza u dzieci do gruźlicy usposobionych, krótkowzroczności i innych schorzeń tych dzieci; skrzepianie młodych ustrojów i wspieranie ich rozwoju fizycznego przez gimnastykę i rozumnie stosowane sporty i zabawy na wolnem powietrzu; wreszcie w krajach, plagą tą nawiedzonych, oddzielenie nieuleczalnych jak dotąd chorych trędowatych od zdrowej części ludności i stworzenie dla nich znośnych warunków bytu, — oto są główne zadania, jakie wprawdzie w znacznej części medycyna społeczna podjęła już na podstawie dawniejszych obserwacyi i poglądów, których znaczenie atoli i właściwe uzasadnienie płynie dopiero z nauki o dziedziczności patologicznej.

Nadto, w myśl powyżej podanych wywodów, jest rzeczą lekarzy zwracać uwagę rodziców na ważność ich stanu zdrowia w chwili zapłodnienia ze względu na zdrowie przyszłego ich potomstwa. I w tym kierunku praktyka wyprzedziła naukowe uzasadnienie faktów, a nawet już świat starożytny zdawał sobie z tego sprawę i wydawał nawet odpowiednie zarządzenia. Wszak kalectwo Wulkana miało pochodzić stąd, że go spłodził Jowisz po pijanemu; w starożytnej Kartaginie istniał zakaz picia wina na ucztach weselnych, a według talmudu człowiek osłabiony upustem krwi płodzi dziecko słabe, a gdy i matka jest również osłabiona, łatwo powstają u dziecka różne choroby zaraźliwe. Jak to już wyżej zaznaczyłem, nowsze spostrzeżenia lekarzy stwierdziły słuszność poglądów i zarządzeń starożytnych.

A zatem na niwie medycyny praktycznej można już dzisiaj rozwijać bardzo wydatną działalność w różnych kierunkach, zmierzającą do poprawienia losu tych, którzy się stali ofiarą obciążenia dziedzicznego, zwłaszcza, że najczęściej czyni to już sama natura, której siły należy tylko wspierać w pożądanym kierunku.

Równocześnie zaś z tą działalnością praktyczną, która z roku na rok coraz to szersze obejmuje kręgi, będą niewątpliwie prowadzone dalsze badania naukowe, które może już w niedalekiej przyszłości pozwolą nam ostatecznie rozstrzygnąć zasadniczą dla patologii sprawę dziedziczenia się własności nabytych.

Uwaga. W pracy niniejszej, stosownie do przyjętej przez »Przegląd lekarski« pisowni, wyraz protoplasma pisano stale przez *z*, co uważam za błędne, jako skutek dosyć rozpowszechnionego u nas wymawiania tego wyrazu z niemiecka.

Prof. K. Klecki.

Piśmiennictwo

przedmiotu, niezmiernie obszerne, jest w znacznej części zestawione, a względnie przytoczone w monografii Levyego: Ueber die Vererbung bei den thierischen Organismen w Ergebnisse der Physiologie T. V. 1906, w pracy Godlewskiego: Das Vererbungsproblem im Lichte der Entwicklungsmechanik betrachtet. Leipzig 1909, w dziele O. Hertwiga: Die Zelle und die Gewebe. Jena 1893, w Raymonda: L'hérédité morbile. Paris 1905 i w Rignano: Ueber die Vererbung erworbener Eigenschaften. Leipzig 1907, wobec czego wymienię tylko następujące prace:

1. Anderson. Material transmission of immunity. Ref. w Bull. de l'Institut Pasteur 1906.
2. Babès et Talanescu. Etudes sur la rage. L'immunité héréditaire. Ann. de l'Inst. Pasteur 1904.
3. Baumgarten Die Lehre von den Krankheitsanlagen. Angeborene und erworbene Dispositionen, Erblichkeit. W Krehla i Marchanda Handbuch der allgemeinen Pathologie 1908.
4. Bernheim. Verhandl. des XI intern. med. Kongr. in Rom 1908. Lubarscha u. Ostertaga Ergebnisse, T. VI, 1901.
5. Bertarelli. Ueber den Durchgang der haemolytischen Amboceptoren und der Praecipitine in die Milch. Centr. f. Bact. u. Paras. I. Orig. T. 41, 1906.
6. Bibb. Americ. Journal of med. Sc., 1894. Ref. Fingera w Lubarscha i Ostertaga. Ergebnisse, T. VI, 1894.
7. Blaringhem. C. R. de la Soc. de biol. 1905.
8. Boeg. Ueber erbliche Disposition zur Lungenphtisis. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., T. 49, 1905.
9. Brown-Séquard. Note sur l'avortement d'attaques d'épilepsie par l'irritation des nerfs à action centripète. Arch. de phys. norm. et path. I. 1868.
10. Tenże. Nouvelles recherches sur l'épilepsie due à certaines lésions de la moelle épinière et des nerfs rachidiens. Ibid. II. 1869.
11. Tenże. Remarques sur l'épilepsie causée par la section du nerf sciatique chez les cobayes. Ibid. III. 1870—1871.
12. Tenże. Quelques faits nouveaux rélatifs à l'épilepsie qu' on observe à la suite de diverses lésions du système nerveux chez les cobayes. Ibid. VI. 1872.
13. Tenże. Faits nouveaux établissant l'extrême fréquence d'états morbides produits accidentellement chez les ascendants. C. R. de l'Ac. des Sc. de Paris, T. 94, 1882.
14. Brumpt. Soc. de biol. 1907. Ref. w Bull. de l'Inst. Past. 1907.
15. Bouchard. Traité de Pathologie générale. Paris.

16. Bunge. Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. München 1907.
17. Behring v. Tuberkulose-Bekämpfung. Berl. klin. Woch. 1903.
18. Carrière. Recherches expérimentales sur l'hérédité de la tuberculose. Arch. de med. exp. et d'anat. path. 1900.
19. Charrin. Zmiany u potomków rodziców gruźliczych. IV. Zjazd w sprawie gruźlicy. Ref. w Przegl. lek. 1898.
20. Tenże. Influence des toxines sur les descendants. C. R. de l'Ac. des Sc. de Paris 1895.
21. Charrin et Gley. Malformations congénitales expérimentales. La sem. méd. 1895.
22. Conradi. Ist die Wuth vererbar? Ist das Blut Lyssakranker infectionsfähig? Centr. f. Bact. u. Paras I. 1908.
23. Correns. Ueber Vererbungsgesetze. Berlin 1905.
24. Courmont. Précis de pathologie générale. Paris 1908.
25. Delamare. Recherches expérimentales sur l'hérédité morbide. Journ. de l'anat. et de phys. T. 39. 1902.
26. Dzierzgowski. Gazeta lekarska 1901.
27. Effertz. Physiologie und Sociologie des Incestes zwischen Vater und Tochter unter Indianern. Wien. klin. Woch. 1904.
28. Ehrlich P. Experimentelle Untersuchungen ueber Immunität. Deutsche med. Woch 1891.
29. Tenże. Ueber Immunität durch Vererbung und Säugung. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. T. XII, 1892.
30. Tenże. Ueber Partialfunctionen der Zelle. Nobel-Vortrag. Münch. med. Woch. 1909.
31. Figari. Sul passagio delle aglutinine etc. Centr. f. Bact. u. Paras. Ref. T. 39.
32. Fick. Vererbungsfragen, Reductions- und Chromosomenhypothesen, Bastardregeln. Ergebn. d. Anat. u. Entw. v. Merkel u. Bonnet 1906. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellsch. Biol. 1907.
33. Griffon et Abrami. Transmission par l'allaitement etc. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. I. T. 39.
34. Godlewski E. jun. Die Hybridisation der Echiniden und Crinoidenfamilien. Bull. de l'Ac. d. Sc. de Cracovie 1905.
35. Guthrie. Further Results of Transplantation of ovaries in chickens. The Journ. of Exper. Zoology. T. 5. 1907—08.
36. Harras. Münch. med. Woch. 1908. Ref. w Przegl. lek. 1908.
37. Hart. Die Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phtise ünd das Localisationsgesetz des ersten tuberkulösen Lungenherdes. Münch. med. Woch. 1909.
38. Jennings H. S. Heredity Variations and Evolution in Protozoa. The Journ. of Exper. Zoology. T. 5, 1907—08.
39. Kalindero. De la lèpre en Roumènie. Ref. Fingera w Lubarscha i Ostertaga. Ergebn. T. VI. 1899.
40. Karplus. Zur Kenntniss der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugethiere. Leipzig u. Wien 1908.
41. Kammerer. Vererbung der erworbenen Eigenschaften habituellen Spätgebärens bei Salamandra maculosa. Centr. f. Physiol. T. 21, 1907. Ref. w Journ. de physiol. et de path. gén. 1907.
42. Tenże. Vererbung erzwungener Fortpflanzungsanpassungen. I u. II Mitth. Die Nachkommen der spätgeborenen Salamandra maculosa und der frühgeborenen Salamandra atra. Arch. f. Entw. Mech. T. 25, 1907. Ref. w Biophys. Centr. T. III, 1908.
43. Kleine u. Möllers. Ueber ererbte Immunität. Ref. w Bioph. Centr. T. II.
44. Klingmüller u. Weber. Untersuchungen ueber Lepra. Deut. med. Woch. 1897.
45. Konradi. Ist die erworbene Immunität vererbbar? Centr. f. Bact. u. Paras. 1908.
46. Linser. Ueber Heredität der Syphilis. Ref. w Münch. med. Woch. 1909.
47. Maciesza. Znaczenie przewodu pokarmowego w powstawaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej. Rozpr. Wydz. mat. przyr. Ak. Um. w Krakowie 1909.
48. Marmorek. Weitere Untersuchungen ueber den Tuberkelbacillus und das Antituberkuloseserum. Berl. klin. Woch. 1907.
49. Martius. Krankheitsanlage und Vererbung. Leipzig u. Wien. 1905.
50. Magni. Sulla transmissibilita di alcuni alterazioni renali sperimentali della matre al feto. Riforma medica 1907. Ref. w Bioph. Centr. 1906/7. T. II.
51. Mendel G. Versuche ueber Pflanzenhybriden. Verhandl. d. Naturforseher-Vereins in Brünn 1866. Cyt. wedł. Corrensa.
52. Ogilvie. The descendants of the tuberculous hereditary predisposition. Lancet 1905. Ref. 1905. Ref. w Centr. f. Bact. T. 39. 1906.
53. Orchansky. Cyt. wedł. Rogera. Introduction à l'etude de la médecine. Paris 1908.
54. Pauly. Darwinismus und Lamarckismus. Entwurf einer psychophysischen Teleologie. München 1906. Ref. w Biophys. Centr. T. II. p. 313.
55. Remlinger. Transmission héréditaire de l'immunité contre la rage. C. R. de la Soc. de Biol. 1908. Ref. w Centr. f. allg. Path. u. pathol. Anatomie 1908.
56. Rogoziński. O fizyologicznej resorbcyi bakteryi z jelita. Rozpr. Wydz. mat. przyr. Ak. Um. w Krakowie 1902.
57. Rosenau i Goldberger. The hereditary transmission of the Yellow fever Parasits in the mosquito. Report of Working Party nro 3, Yellow fever Institute 1906.
58. Rzegociński. Badania bakteryologiczne nad szpikiem kostnym zwierząt normalnych. Polskie Archiwum Nauk biolog. i lekarskich 1903.
59. Rybakow. Alkoholismus und Erblichkeit. Monatsschr. f. Psychologie u. Neurologie 1906. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie 1907.
60. Schagenthim. Ueber das Auffreten erblicher Eigenschaften beim Weizen durch aeussere Einflüsse. Jahresber. d. Vereinigung der Vertreter d. angewandten Botanik 1906. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie 1907.
61. Semon. Beweise für die Vererbung erworbener Eigenschaften. Arch. f. Rassen- u. Gesellsch. Biol. 1907.
62. Tenże. Die Mneme als erhaltendes Prinzip im Wechsel des organischen Geschehens. Ref. Godlewskiego w Arch. f. Entw. Mech. T. 26, 1908.
63. Schwalbe. Das Problem der Vererbung in der Pathologie. Münch. med. Woch. 1903.
64. Sommer. Die Brown-Séquard'sche Meerschweinchenepilepsie und ihre erbliche Uebertragung auf die Nachkommen. Zieglers Beitr. T. 27, 1900.
65. Stäubli. Experimentelle Untersuchungen ueber die Ausscheidung der Typhusagglutinine. Centr. f. Bact. u. Paras. T. 33.
66. Tenże. Ueber das Verhalten des Typhusagglutinine im mütterlichen und foetalen Organismus. Münch. med. Woch. 1906.
67. Tizzoni u. Cattani. Ueber die erbliche Ueberlieferung der Immunität gegen Tetanus. Deut. med. Woch. 1902.
68. Tizzoni u. Centanni. Weitere Untersuchungen ueber die angeborene Rabies. Deut. med. Woch. 1892.
69. Vaillard. Sur l'hérédité de l'immunité acquise. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1896.
70. Virchow. Descendenz u. Pathologie. Virch. Arch. T. 103, 1886.
71. Weinberg. Die familiäre Belastung der Tuberkulösen und ihre Beziehungen zur Infection und Vererbung. Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose. 1907. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellsch. Biolog. 1907.
72 Weismann. Vorträge ueber Descendenztheorie. 1904.
73. Widal et Sicard. Transmission de la substance agglutinante typhique par l'allaitement. La sem. méd. 1897.
74. Wrzosek. O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Polskie Arch. Nauk biol. i lek. T. II. 1903.
75. Tenże. O drogach, któremi mikroby w warunkach prawidłowych przechodzą z przewodu pokarmowego do organów wewnętrznych. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Ak. Um. w Krakowie, T. 43, 1904.
76. Zeferini Falcao. Ref. Fingera w Lubarscha i Ostertaga Ergebnisse T. VI, 1899.
77. Zieliński. Dyskusya nad etyologią gruźlicy na IX Zjeździe lekarzy i przyr. polskich w 1900 r. Dziennik Zjazdu, 1900.

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

H. Römer i K. Joseph. **Odporność i uodpornianie przeciwko jadowi nagminnego porażenia u dzieci.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Autorowie szczepili równocześnie ten sam jad śródmózgowo i śródotrzewnie jednej mał-

pie, która przebyła dawniej zapalenie rogów przednich rdzenia, drugiej zupełnie zdrowej dla porównania. Z doświadczeń tych wynika, że zwierzęta, które były raz zakażone jadem nagminnego porażenia, uzyskują wysoką odporność przeciw powtórnemu szczepieniu: w jednym przypadku dawka $2^1/_2$ razy większa od śmiertelnej dla zwierzęcia kontrolnego, okazała się zupełnie nieszkodliwą dla zwierzęcia uodpornionego. Uodpornić można przez wstrzykiwanie podskórne jadu nieosłabionego, lub osłabionego działaniem ciepłoty, co ze względów praktycznych może nabrać wielkiego znaczenia. Odporność wzrasta w miarę upływu czasu między pierwszem, a powtórnem zakażeniem; u małp pojawia się między 17. a 24. dniem. Bujak.

L. Strauss. **Etyologia kurczowego kiwania głową** (spasmus nutans). (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Autor opisuje przypadek z praktyki, w którym wyłącznie brak światła wywołał kurczowe kiwanie głową u zresztą zdrowego, 8-miesięcznego dziecka. Zbyt silne natężanie wzroku dziecka przy słabem oświetleniu wywołuje współruchy głową. Bujak.

H. Römer i K. Joseph. **Swoista surowica przeciw jadowi nagminnego porażenia u dzieci.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 11). Z uwagi na stwierdzony w czasach epidemii fakt, że dzieci po przebyciu zapalenia przednich rogów rdzenia stają się odporne przeciwko powtórnemu zakażeniu, usiłowali autorowie wykryć, zapomocą wiązania dopełniacza, obecność ciał ochronnych w surowicy krwi osobników, które przebyły zapalenie rdzenia — lecz dotychczas tym sposobem wyników dodatnich nie osiągnęli. Obecność ciał ochronnych wykazali jednak w doświadczeniach na małpach w ten sposób, iż mieszali w równych częściach 5% zawiesinę mózgu i rdzenia zakażonego jadem porażenia, z surowicą krwi małp, uodpornionych przez przebycie wspomnianej choroby, a wstrzykując tę zawiesinę małpom nieodpornym, przekonali się o swoistości ciał ochronnych, zwłaszcza że w drugim szeregu doświadczeń, gdzie wstrzykiwali tę samą zawiesinę mózgu, zmieszaną z surowicą prawidłową, wywoływali typowe porażenie rdzeniowe. Czy fakt ten nabierze praktycznego znaczenia, obecnie ocenić trudno; jeśli jednak i tutaj okaże się analogia z wodowstrętem, to działanie zobojętniające jad, wybitne »in vitro«, w ustroju żyjącym pozostanie bezskuteczne. Bujak.

J. Barannikow. **Semiologia ciepłoty w płonicy.** (Archives de méd. des enf. Luty, 1910 r.).

W pracy swojej zgromadził B. szereg wniosków, jakie wyciągnął z przejrzenia 209 kart szpitalnych oddziału płoniczego, oraz z materyału płoniczego szpitala w Charkowie w przeciągu lat 5. Autor przytacza krzywe wahań miesięcznych liczby przyjęć na oddział płoniczy w ciągu lat pięciu i krzywą śmiertelności w ciągu poszczególnych miesięcy tegoż okresu; dalej przytacza autor (w odpowiedniej tablicy) wyniki co do częstości płonicy według płci i wieku. — Co się tyczy przebiegu ciepłoty w płonicy, autor podzielił spostrzeżenia swoje na 3 grupy, według ciężkości przypadków (przebieg lekki, średnio-ciężki i ciężki) i dodając w każdej grupie osobno liczby porannego i wieczornego wzniesienia się ciepłoty, wyprowadził szereg krzywych przebiegu ciepłoty w ciągu pierwszych 15 dni płonicy w różnych miesiącach, oraz przeciętną krzywą przebiegu ciepłoty w płonicy (z 200 kart); przebieg ciepłoty wykazał, że najwyższych stopni dosięga ciepłota 2-go dnia choroby; od 5-go do 9. dnia spadek jest znaczny; około 13-go dnia ciepłota trzyma się już około 37°. Wykazy te zbliżają się do przytaczanego przez innych badaczy (Wunderlich, Jaccoud, Podwysocki, Strümpell, Eichhorst, Bendix i in.) przebiegu ciepłoty w płonicy. — Autor zapragnął jednak wyciągnąć ze swej pracy ogólniejsze wnioski i drogą kombinacyi liczbowych doszedł do przekonania, że można z góry przewidzieć i obliczyć stopień cieploty w poszczególnym przypadku: schematyczna krzywa autora, w której od 2-go do 10-go dnia choroby ciepłota spada o 0,2°, od 10-go zaś do 15-go o 0,1, ma się niewiele różnić od przeciętnej krzywej, wyprowadzonej z 200 kart szpitalnych; na zasadzie tej schematycznej krzywej wylicza autor na podstawie formułki rzędu arytmetycznego ($a_n = a_1 + d_1 (n-1) \times$ stopień ciepłoty żądanego dnia choroby, przewiduje z góry spadek ciepłoty, powikłania i t. p. Dalej przytacza autor liczby, dotyczące częstości nagłego spadku ciepłoty w płonicy, słusznie zwracając uwagę, że częstą możliwość podobnego spadku (pomiędzy 2-im a 11-ym dniem choroby) należy brać w rachubę, wyciągając wnioski co do działania surowic leczniczych itp. — W zakończeniu pracy autor przytacza cały szereg różnych właściwości przebiegu płonicy w Charkowie i jej powikłań. W. Jasiński.

M. D'Oelsnitz. **O objawach ze strony jamy brzusznej, maskujących początek różnych chorób wieku dziecięcego.** (Arch. de méd. des enf. Luty 1910 r.).

Omówiwszy pokrótce często spostrzegane objawy brzuszne w początkach zapalenia płuc, przytacza autor ciekawy przypadek, w którym choroba rozpoczęła się nagle, dając początkowo objawy zapalenia wyrostka robaczkowego; po 2 dniach wymioty i bóle brzucha ustały, stwierdzano jednak wzdęcie brzucha, przelewania w dole biodrowym prawym, powiększenie śledziony, w płucach wilgotne rzężenia w płatach dolnych; ciepłota stale 39°-40°; stolce wolne, cuchnące, z domieszką krwi; 7-go dnia choroby przy badaniu krwi stwierdzono zmniejszoną ilość białych ciałek krwi (leucopenia); badanie serodyagnostyczne jednak co do duru dało wynik ujemny; — tegoż samego dnia wieczorem wystąpiła wysypka odrowa; dalszy przebieg choroby był normalny, wysypka tylko miała charakter krwotocznej. — Autor omawia wartość rozpoznawczą różnych objawów w początkach odry, zatrzymując się dłużej nad ilością ciałek białych: w początkach okresu wylęgania bywa ona zwiększoną, w końcu jednak tego okresu i podczas wysypki jest zmniejszoną i przeważają przytem ciałka wielojądrzaste; — w początkach duru brzusznego, oprócz zmniejszenia ilości ciałek białych, stwierdzamy odwrotnie przewagę jednojądrzastych. W. Jasiński.

E. Merle. **Z kazuistyki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (Arch. de méd. des enf. Luty 1910 r.).

W szczegółowych opisach 2 przypadków zapalenia opon mózgowordzeniowych autor zastanawia się głównie nad wpływem surowicy na przebieg choroby. — W pierwszym przypadku wstrzykiwano z początku surowicę Kollego (5. i 6. dnia choroby po 20 cntm³ do przewodu kręgowego), która jednak widocznego wpływu nie okazała; 9. dnia choroby wstrzyknięto 30 cntm³ surowicy Flexnera, ciepłota spadła wkrótce z 40° do 37°, następnego dnia podniosła się jednak do 38,2°. 11. dnia choroby wstrzyknięto jeszcze 15 cntm³ Flexnera; tegoż dnia wieczorem ciepłota wynosiła 40°, rano jednak spadła do 37° i nie podnosiła się odtąd. Stan ogólny poprawiał się szybko, w płynie znikała stopniowo przewaga ciałek wielojądrzastych, meningokoków nie stwierdzano od 12. dnia choroby, mimo to wstrzykiwano jeszcze 3-krotnie (12, 15, 17 dnia choroby) po 15 ctm³ surowicy. — W przypadku tym widział autor od 8. dnia choroby wysypkę, przypominającą zupełnie różyczkę w durze; plamki rozsiane były na brzuchu i grzbiecie, znikły 11. dnia choroby; odczyn Widala wypadł ujemnie. — W drugim przypadku, przyjętym do szpitala 15-go dnia choroby, ciepłota spadła odrazu po wstrzyknięciu 30. ctm³ surowicy Flexnera (18. dnia choroby) — stan chorej poprawił się wkrótce. — Autor zachęca do dalszych prób. W. Jasiński.

J. Comby. **Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.** (Arch. de méd. des enf. Marzec, 1910 r.).

C. zdaje sprawę z 31 spostrzeganych przypadków, z czego 16 przypada na okres 6-letni (1903—1908), pozostałe zaś 15 pochodzą z ostatniej epidemii w Paryżu w zimie 1909 r. C. zauważył, że miesiące zimowe wogóle

więcej od letnich dostarczają przypadków omawianej postaci chorobowej: 19 przypadało na pierwsze 4 miesiące roku, 12 zaś na następne 8 miesięcy. Stopień zaraźliwości cierpienia jest nieznaczny: chorych nie odosobniano, a jednak nie było wypadku zakażenia wewnątrzszpitalnego. Nie mniej jednak chorzy są źródłem zarazy: badania śluzu nosa i gardła u ozdrowieńców wykrywały w ciągu 1—2 miesięcy meningokoki; ozdrowieńcy ci byli niezawodnie roznosicielami zarazy. — Wiek dotkniętych chorobą dzieci w przypadkach C. przedstawiał się jak następuje: do roku—8, od 1—2 lat 5, od 2 do 3 lat 9, od 5 do 7 lat 3, od 7 do 15 lat 6. — Z objawów klinicznych za najważniejszy uważa C. sztywność karku; nie przypisuje natomiast znaczenia objawowi Kerniga. Często widywał opryszczki na wargach, niekiedy obficie w okolicy nozdrzy, na podbródku, języku i podniebieniu; drgawki notowano tylko w 6 przypadkach. Do dość stałych objawów zalicza C. czerwienienie się skóry za dotknięciem (raie méningitique); podkreśla też brak zaburzeń przytomności (bredzenie 5 razy) w przeciwieństwie do gruźliczej postaci zapalenia opon z sennością i apatyą. Ciepłota nie ma przebiegu stałego, niekiedy w ciężkich przypadkach brak podniesienia się ciepłoty. Czas trwania choroby bywa niejednakowy: od postaci o przebiegu błyskawicznym aż do powolnych, ciągnących się 1 do 3 miesięcy; przeciętnie choroba trwa 8 do 15 dni, widywano nawroty. Nakłucie lędźwiowe ma ważne znaczenie dla rozpoznania i rokowania: płyn bywa zarówno przeźroczysty, jak mętny, mleczny, żółtawo-ropny; ciśnienie też bywa różne; stałem jest zwiększona ilość wielojądrzastych ciałek białych; dwoinki Weichselbauma bywają zarówno wewnątrzkomórkowe, jak i zewnątrz. W miarę poprawy stanu chorego znika w płynie przewaga ciałek wielojądrzastych, pojawiają się limfocyty. Nakłucie lędźwiowe w przypadkach C. robiono codziennie, lub co drugi dzień, wypuszczając po 20 do 30—40 ctm. płynu; zdarzały się i t. zw. nakłucia suche (ponction blanche). W leczeniu duże znaczenie przypisuje C. surowicy: przed stosowaniem surowicy miał na 16 przypadków 4 wyleczenia; z 14 zaś przypadków, leczonych surowicą, zmarło 6. Surowicę Kollego stosował C. 4 razy, we wszystkich było zejście śmiertelne; Flexnera zaś i Doptera 10 razy: 2 razy zejście śmiertelne, 8 wyzdrowień. Surowicę wstrzykiwano do przewodu kręgowego po 10—20 do 30 ctm³, bezpośrednio po wypuszczeniu płynu, wstrzykiwano też po nakłuciach suchych, nie wywołując powikłań, prócz dość częstych po wstrzyknięciu bólów głowy i kończyn; niekiedy spostrzegano przejściowe wysypki. Wstrzykiwania surowicy ponawiano w miarę potrzeby (aż do 12 razy w jednym przypadku). W celu szybszego zaginięcia meningokoków w śluzie nosa i gardła stosowano wziewanie z dodatkiem jodu i gwajakolu, pędzlowano gardło rozczynem jodu (0,5) i jodku potasu (1,0), w glicerynie (15,0), oraz stosowano płukanie ust 1% wodą utlenioną. C. przytacza szczegółowe wyciągi z kart szpitalnych z krzywemi ciepłoty, wynikami badań bakteryologicznych i sekcyjnych.

W. Jasiński.

Engel. **Trawienie żołądkowe u niemowląt.** (Münch. med. Wochs. Nr 12, 1910).

Trawienie mleka w żołądku odbywa się przypuszczalnie w ten sposób, że zawarte w serwatce białko razem z nią spływa do kiszek, w żołądku zaś pozostaje sernik, który następnie ulega strawieniu. Porównując mleko krowie z mlekiem kobiecem co do zawartości sernika, widzimy, że mleko kobiece zawiera go 0,4—0,6%, wtedy gdy mleko krowie całe 3%. Stąd wniosek, że przy odżywianiu mlekiem krowiem żołądek pracuje więcej. Stosunek przechyli się jeszcze więcej na korzyść piersi, jeżeli uwzględnimy, że przy strącaniu mleka podpuszczką, jak to ma miejsce w żołądku, pewien prc. sernika przechodzi w stanie rozpuszczonym do serwatki. W tym przypadku żołądek ma do strawienia tylko 37% ogólnej ilości podanego mu białka. Reszta — 63% — przypada na kiszki.

Miecz. Michałowicz.

L. Jehle i M. Pincherle. **Indywidualna flora prątka okrężnicy w jelitach u dzieci.** (Wiener klin. Wochs. Nr 3, 1910).

Jak wiadomo, flora jelit zależy od rodzaju pokarmu. Autorowie zamierzyli rozstrzygnąć pytanie, czy pomimo jednakowego pokarmu nie wykazuje flora jelit jeszcze indywidualnych różnic. W tym celu zbadali przy pomocy aglutynacyi florę dwóch bliźniąt ssących z tej samej piersi. Flora wykazała różnicę indywidualną. A więc rodzaj prątka okrężnicy zależy nietylko od rodzaju pokarmu, ale i od rodzaju pierwotnego zakażenia treści jelit.

Miecz. Michałowicz.

A. Reuss. **O cukromoczu w związku z odżywianiem u osesków, cierpiących na zaburzenia w przewodzie pokarmowym.** (Wiener klin. Wochs. Nr 4, 1910).

Badając mocz próbą redukcyi lub fenylhydrazynową, nie wykrywamy cukru, pomimo że mocz zawiera cukier w postaci cukru trzcinowego, n. p. gdy podawana dziecku herbata jest słodzona cukrem, nie sacharyną. W takich razach cukier daje się stwierdzić próbą opisaną przez autora. Stwierdzenie w moczu cukru trzcinowego ma to samo kliniczne znaczenie, co stwierdzenie cukru mlecznego.

Miecz. Michałowicz.

B. Sperk. **Kliniczne znaczenie objawu twarzowego u dzieci.** (Wien. klin. Woch. Nr 5, 1910 r.).

Autor dochodzi do wniosku, że odosobniony objaw twarzowy spotyka się rzadko u małych dzieci. W latach późniejszych (od 5 do 14) spotyka się częściej. Można go też stwierdzić u dzieci wątłych, wrażliwych i »nerwowych«. W tych przypadkach współistnieją też wzmożone odruchy kolanowe wraz z brakiem lub osłabieniem odruchów ocznych i gardłowych. W ogromnej liczbie przypadków objaw twarzowy współistnieje obok objawów tężyczki.

Miecz. Michałowicz.

E. Sluka. **Obrazy rentgenoskopowe u dzieci gruźliczych z sapaniem wydechowem.** (Wiener klin. Wochs. Nr 5, 1910).

Artykuł omawia techniczne trudności rentgenoskopii u dziecka, podaje wskazówki do wykonywania zdjęć rentgenoskopowych i opisuje znalezione przy gruźlicy gruczołów płucnych obrazy. Wszystkie badane w pierwszym roku życia dzieci z objawami wydechowego sapania i dodatnim odczynem Pirqueta, wykazują na zdjęciu rentgenoskopowem charakterystyczny cień zajętego płuca lub gruczołu. Trójca objawów (sapanie wydechowe + Pirquet + Roentgen) stanowczo stwierdza istnienie gruźlicy gruczołów płucnych.

Miecz. Michałowicz.

B. Schick. **Wydechowe sapanie jako objaw gruźlicy gruczołów płucnych w pierwszym roku życia.** (Wiener klin. Wochs. Nr 5, 1910).

Jak wiadomo, gruźlica w pierwszych latach życia zajmuje obok tkanki płucnej i gruczoły oskrzelowe. Gruczoły nabrzmiewają i wywierają ucisk na tchawicę i oskrzela.

Ucisk ten powoduje kaszel o wysokim, sapiącym, świszczącym nieraz, metalowym dźwięku; częściej jeszcze występuje sapanie, słyszalne głównie podczas wydechu. Autor podaje 36 własnych spostrzeżeń, sprawdzonych odczynem Pirqueta, rentgenoskopią i sekcyą. Objaw sapania przy wydechu spotyka się już w drugim miesiącu życia. Z badanych bowiem dzieci 20 było w wieku od 2 do 4 miesięcy życia; — 15 w wieku od 4 do 10 miesięcy. Ponieważ w tak młodym wieku najtrudniej jest stwierdzić gruźlicę drogą klinicznego badania, zatem objaw wydechowego sapania ma wielkie znaczenie praktyczne.

Miecz. Michałowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 21. maja 1910.

Obecnych 16 członków.

I. Sekretarz odczytał list Stowarzyszenia lekarzy polskich w sprawie ogłoszeń lekarskich w pismach codziennych i żargonowych.

II. Kol. Wrześniowski opisał przypadek **rany postrzałowej głowy.** Chory postrzelony z karabinka Mauzera. Kula, wykryta promieniami Röntgena, tkwiła w tylnej ścianie lewego przewodu usznego. Cały wyrostek sutkowy zmiażdżony, kilka odłamków w mózgu. Kulę i odłamki wyjęto. Chory zmarł w 16-ym dniu po operacyi. Badanie pośmiertne wykazało zniszczenie części lewej półkuli móżdżku, rozlane zapalenie opony miękkiej, w zatoce poprzecznej i żyle szyjnej zropiałe rozpadające się skrzepy krwi.

III. Kol. Marczewski przedstawił chorego 37-letniego **z obustronną zastoiną tarczy nerwu wzrokowego.** Wrażliwość spojówki i rogówki na dotyk zmniejszona. Jedyną skargą chorego, prócz osłabienia wzroku, są silne bole głowy. Przymiot wyłączony. Kol. M. rozpoznaje guz mózgu, nie może jednak dokładniej określić jego siedziby.

IV. Kol. Batawia i Rozenfeld opisali przypadek **choroby Menierea** wskutek zajęcia błędnika na tle przymiotowem. Chory 53-letni dostał nagle bardzo silnego zawrotu głowy i szumu w uszach, wraz z tem skarżył się na dosyć silny ból głowy i nudności. W pozycyi leżącej dolegliwości te nieco się zmniejszały i występowały ponownie przy próbach siedzenia. Dopiero po upływie 5 dni mógł się chory utrzymać na nogach, zawrót głowy był znacznie mniejszy. Pierwszy napad, zupełnie podobny do opisanego, zdarzył się przed 5 laty. Chory przed 12 laty zaraził się przymiotem i przeprowadził energiczne leczenie swoiste.

Nawiązując rzecz do opisanego powyżej przypadku, omawia kol. Batawia współczesne poglądy na chorobę Menierea. Należy odróżniać właściwą chorobę Menierea, która występuje pod postacią udaru, od t. zw. objawów Menierea, które również charakteryzują zawroty głowy, szum w uszach i upośledzenie słuchu. Pierwsza postać chorobowa zdarza się rzadko, daje rokowanie co do słuchu niepomyślne i powstaje wskutek zmian w błędniku. Druga postać, spostrzegana często, daje rokowanie o wiele lepsze i zależeć może od zmian w uchu środkowem, zewnętrznem, a nawet i w innych narządach. W dalszym ciągu podaje kol. B. sposoby rozpoznawania pierwszej postaci chorobowej, opisuje sposób badania sprawności błędnika zapomocą krzesła rotacyjnego, zapomocą przemywania ucha zimną i ciepłą wodą, wreszcie zgęszczania i rozrzedzania powietrza w zewnętrznym przewodzie słuchowym.

V. Kol. Rozenfeld dokończył odczyt: **O samozatruciach.** Na wstępie omówił kliniczne postacie samozatrucia jelitowego i opisał szczegółowo objawy ze strony przewodu pokarmowego, serca, układu nerwowego, nerek i moczu. Dalej omówił wpływ samozatrucia na rozwój fizyczny dzieci, na stan ogólny i odżywianie. W rozpoznawaniu zatrzymał się dłużej na drobnowidowem, chemicznem i bakteryologicznem badaniu kału, podkreślił jednak, że najważniejszą podstawą rozpoznawania jest chemiczne badanie moczu. Za miarę samozatrucia służyć może ilość zawartych w moczu kwasów eterosiarczanych (Combe). Przechodząc do leczenia, omówił prelegent najobszerniej odżywianie się chorych. Pożywienie składać się powinno przedewszystkiem z pokarmów mlecznych i węglowodanów, które sprowadzają do minimum sprawy gnicia w kiszkach. W dalszym ciągu, licząc się z potrzebami kalorycznemi ustroju, opisał szczegółowo, w jaki sposób chorzy powinni się odżywiać. Wreszcie, biorąc za punkt wyjścia teoryę Miecznikowa o zwalczaniu w przewodzie pokarmowym drobnoustrojów gnilnych, omówił prelegent wskazania dla mleka bulgarskiego, laktobacyliny, biolaktylu Fourniera, jak również dla drożdży. W końcu przytoczył ważniejsze środki lekarskie, stosowane w celu odkażenia przewodu pokarmowego.

Posiedzenie z d. 18. czerwca 1910.

Obecnych 18 członków.

I. Kol. Biegański w krótkiem wspomnieniu pośmiertnem wypowiedział parę uwag o życiu i zasługach Prof. Roberta Kocha w rozwoju bakteryologii współczesnej. Zmarłego uczczono przez powstanie. — Następnie kol. Biegański poświęcił kilka gorących słów Drowi Henrykowi Dobrzyckiemu z powodu 50-letniego jubileuszu pracy lekarsko-obywatelskiej i Prof. Stanisławowi Pareńskiemu z powodu 35-letniej działalności na stanowisku kierownika oddziału szpitalnego.

II. Kol. Batawia przedstawił chorą 19-letnią z rozległem **owrzodzeniem gardła**, trwającem od 3 miesięcy. Owrzodzenie bezbolesne. Ogólny stan dobry, ciepłota prawidłowa. Gruczoły podszczękowe nieznacznie powiększone. W narządach płciowych żadnych zmian niema. Błona dziewicza zachowana w całości. Kol. B. wyłącza gruźlicę i rozpoznaje kiłę.

Dyskusya. Kol. Rozenfeld sądzi, że w danym przypadku chodzi o przejaw późnej kiły dziedzicznej. — Tego samego zdania jest kol. Bellon, który na podstawie obrazu klinicznego wyłącza owrzodzenie pierwotne i przypuszcza rozpadający się kilak. — Kol. Biegański zgadza się z tem rozpoznaniem i przytacza najważniejsze objawy różniczkowe owrzodzeń gruźliczych i kiłowych.

III. Kol. Batawia mówił **o porażeniu nerwu krtaniowego zwrotnego w następstwie chorób serca.** W nowszem piśmiennictwie ogłoszono 6 przypadków, stwierdzonych badaniem pośmiertnem, w których powiększone serce wywierało ucisk i wywoływało porażenie nerwu. W przypadku Schröttera przyczyną był niezarośnięty przewód Botalla, w innym uszko serca wciskało się pomiędzy tętnicę główną i płucną. W 2 przypadkach Oertnera nerw był uciśnięty przez rozszerzony przedsionek. Ganz sądzi nawet, że ucisk i porażenie nerwu wywołać może przekrwienie gruczołów oskrzelowych wskutek zaburzeń krążenia przy wadach zastawkowych serca. Rozpoznanie tego rodzaju za życia chorego jest zawsze niepewne, rozstrzygającem jest jedynie badanie pośmiertne. W dalszym ciągu opisuje kol. B. spostrzegany w praktyce przypadek niedomykalności zastawki dwudzielnej, w którym rozszerzony lewy przedsionek wywołał zupełne porażenie nerwu zwrotnego. Przy sposobności przedstawia kol. B. chorego z gruźlicą włóknistą i porażeniem nerwu zwrotnego wskutek ucisku powiększonych gruczołów oskrzelowych.

W dyskusyi wyraża kol. Biegański powątpiewanie, czy rozszerzenie serca samo przez się wywołać może ucisk i porażenie nerwu. Tylko niezwykły zbieg okoliczności, jak np. niezarośnięcie przewodu Botalla lub wtłoczenie się uszka pomiędzy tętniac główną i płucną, mogłoby fakt ten tłómaczyć. W przypadkach porażenia nerwu zwrotnego trzeba przedewszystkiem myśleć o tętniaku łuku aorty, o powiększeniu gruczołów oskrzelowych i nowotworze śródpiersia.— Prócz tego zabierali głos kol. Rozenfeld i Wasserthal.

IV. Kol. Rozenfeld opisał przypadek **skurczu głośni** u 20-miesięcznego dziecka. Pierwszy napad stwierdzono w drugim dniu życia. Napady są częste, ciężkie i długotrwałe. Towarzyszy im zawsze sinica i ogólny skurcz tężcowy mięśni. Dziecko rozwijało się prawidłowo, ciemiączka zarosły we właściwym czasie. Objawy krzywicy ledwie zaznaczone. Główka duża. Obwód główki 51·5 cm, obwód klatki piersiowej 49. Brak objawu Trousseau pozwala wyłączyć utajoną postać tężyczki. Wahając się w rozpoznaniu między wodogłowiem i rzucawką, kol. R. przypuszcza raczej tę drugą.

W dyskusyi twierdzi kol. Biegański, że wczesne zarośnięcie ciemiączek, prawidłowy rozwój duchowy i fizyczny w pierwszych dwóch latach życia dziecka nie pozwala jeszcze z zupełną pewnością przesądzać sprawy wodogłowia. Zdarzają się przypadki, w których objawy właściwe występują dopiero w wieku późniejszym i wiodą do śmierci. — To samo zdanie podziela kol. Brzozowski, na dowód czego przytacza opis dwóch przypadków z własnej praktyki. Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

(Protokół Nr 54).

Ogólne zebranie dn. 23. października 1909 r.

Posiedzenie otworzył kol. prezes, poczem zarządził głosowanie tajne w celu obioru przewodniczącego zebrania. Większością głosów przewodniczącym zebrania wybrany został kol. Henryk Fidler.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. prezes zakomunikował, iż 11. października r. b. jako w dzień otwarcia 1-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich zarząd w imieniu Towarzystwa lekarskiego przesłał na ręce komitetu organizacyjnego telegram następujący: »Towarzystwo lekarskie radomskie serdecznie wita 1-szy Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, życząc owocnej pracy ku chlubie ojczystej wiedzy i pożytkowi narodu, oraz wyraża nadzieję, iż Zjazd obecny utoruje drogę następnemu polskich lekarzy i przyrodników w stołecznej Warszawie«. Obecni zaaprobowali powyższe zarządzenie zarządu.

3. Kol. Kosicki odczytał rzecz p. t. **O krwawem odprowadzaniu zwichnięć zastarzałych w stawie łokciowym.**

4. Kol. przewodniczący otworzył dyskusyę nad wnioskiem zarządu w sprawie budowy w Radomiu nowego szpitala, przyczem przedstawił do rozpatrzenia 3 pytania: 1) czy rozszerzyć dotychczasowy szpital, 2) czy budować go na nowym placu, czy też 3) wstrzymać się z budową do czasu posiadania odpowiednich funduszów.

W dyskusyi wyłoniły się 2 projekty: Jeden z nich popierany gorąco przez kolegów: Raszkesa, Pełczyńskiego, Kosickiego, Kossaka, Fuksiewicza i Rogozińskiego proponował natychmiastowe przystąpienie do budowy szpitala, a właściwie, ze względu na brak funduszów — jednego tylko pawilonu, któryby mieścił oddziały chirurgiczny i ginekologiczny. Pawilon ten należałoby budować na placu miejskim w sąsiedztwie obecnego szpitala, między ulicami: Warszawską i Kozienicką. Lubo planu tego projektodawcy nie uważają za zupełnie odpowiedni, to jednak wobec nagłej potrzeby budowy pawilonu wyżej wspomnianego, trzeba go wybudować na tym placu, wybudowanie bowiem na placu innym podniosłoby znacznie koszta administracyi, czegoby szpital przy swych nader skromnych funduszach pokryć nie mógł, a więc i budowa nie mogłaby przyjść do skutku. Tymczasem wybudowanie pawilonu chirurgicznego i ginekologicznego w sąsiedztwie obecnego szpitala pozwoliłoby na wspólną administracyę, a w starym szpitalu (po zburzeniu otaczającego muru i połączeniu obydwóch placów) możnaby umieścić oddział wewnętrzny, ku czemu gmach obecnego szpitala, zdaniem projektodawców, jest bardzo odpowiedni. Sprawy budowy pawilonu odraczać do czasu wprowadzenia samorządu w żaden sposób nie można, gdyż władze samorządowe na budowę szpitala, wobec licznych na różne cele wydatków, nic nie dadzą, co zresztą potwierdza się w tych miastach, w których jest już samorząd.

Projekt ten opierają projektodawcy na następujących zasadach: 1) Przeniesienie i wybudowanie całego szpitala św. Kazimierza, mianowicie chociażby 3 pawilonów: chirurgiczno-ginekologicznego, chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych na nowem miejscu wymagałoby ogromnych wydatków, na które miasto Radom, jako niebogate, zdobyć się nie będzie mogło. Korzystając z legatu ś. p. Mireckiego i licząc nadto na powiększenie ofiarności publicznej, ledwie można będzie się zdobyć na wybudowanie jednego tylko pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego. 2) Wybudowanie jednego tylko pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego na innym placu, nie w blizkiem sąsiedztwie z obecnym szpitalem, będzie wymagało podwójnej administracyi, a więc oprócz niedogodności, którą będzie stanowić znaczna odległość od siebie obydwóch szpitali: chirurgicznego i chorób wewnętrznych, powiększą się bardzo koszta administracyjne, których szpital przy swych bardzo skromnych funduszach pokryć nie zdoła. 3) Natomiast przy wyborze placu, który proponują projektodawcy, staje się możliwem natychmiastowe urzeczywistnienie należytej i wszechstronnej pomocy szpitalnej. 4) Miasto niema tendencyi do rozszerzania się w stronę szosy warszawskiej, a jednocześnie plac ten znajduje się niedaleko od środka miasta. 5) Plac ten znajduje się w blizkiem sąsiedztwie z teraźniejszym szpitalem św Kazimierza i t. zw. »Czerwonymi koszarami«. Po zburzeniu otaczającego muru i połączeniu tych placów otrzymuje się dużą przestrzeń, zupełnie dostateczną dla szpitala w Radomiu. Gmach obecny szpitala św. Kazimierza po wyniesieniu oddziału chirurgiczno-ginekologicznego, odpowiedniem odświeżeniu i urządzeniu nieznacznych, a bardzo tanich ulepszeń w wentylacyi i kanalizacyi, może być zupełnie odpowiednim na oddział chorób wewnętrznych, gmach zaś »Czerwone koszary«, w którym obecnie mieści się oddział chorób zakaźnych, jest bardzo duży i potrzebne są stosunkowo nieduże wydatki na urządzenie odpowiedniej izolacyi i wprowadzenie innych ulepszeń, żeby w zupełności mógł się nadawać na wzorowy nawet oddział chorób zakaźnych w prowincyonalnym szpitalu.

Drugi projekt, popierany przez kolegów: Fidlera, Przychodzkiego, Idzikowskiego, Szczepaniaka i Cennéréa, wręcz i stanowczo odrzuca możliwość budowy nowego szpitala na proponowanym przez poprzednich mowców placu, a to ze względów następujących: 1) Szpital św. Kazimierza powinien posiadać 250 łóżek. Licząc 150 □ metrów na łóżko, należałoby oddać pod budowę 37.500 □ metrów. Plac pomiędzy dwoma szosami zajmuje 3 morgi powierzchni — 48 tys. łokci □ = 27000 □ metrów (w przybliżeniu). Lubo powierzchnia ta mogłaby wystarczyć na budowę nowego szpitala, złożonego z szeregu pawilonów, to jednak przestrzenie między pawilonami byłyby ciasne i z chwilą potrzeby ponownego rozszerzenia już nie byłoby miejsca dla nowych budynków. 2) Szpital umieszczony pomiędzy koszarami i placem targowym byłby pozbawiony koniecznego przewiewu, zaś widok z jednej strony na mustry, z drugiej zaś na inwentarz i jatki nie oddziaływałby korzystnie na chorych. 3) Ciasnota miejsca nie pozwoliłaby na dostateczne zadrzewienie niezabudowanych przestrzeni, co jest przecież niezbędnem. 4) Miasto ma tendencyę do rozszerzania się w kierunku szos: warszawskiej i kozienickiej. Już z tego powodu budować więc w tem miejscu nowy szpital jest niemożebnem. 5) Niepodobna zużytkować obecnych budynków w razie postawienia wyłącznie pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego. Budynek szpitalny dzisiejszy nie odpowiada obecnym potrzebom szpitalnym, gdyż sale są nizkie, źle oświetlone, zbyt małe. Przebudowa zaś obecnego gmachu pochłonęłaby zbyt dużo kosztów. »Czerwone koszary« dla pomieszczenia chorych zakaźnych nie nadają się zupełnie, gdyż są wilgotne, zimne; wreszcie »Czerwone koszary« mają różnolite przeznaczenie i tylko czasowo szpital z nich korzysta. Gdyby nawet miasto wspaniałomyślnie ofiarowało powyższy budynek na rzecz szpitala, byłby to jednak dar Danaów. Utrzymanie i odpowiednie przygotowanie tego budynku wymagałoby tyleż ofiar pieniężnych, co i postawienie nowego budynku, celowo przystosowanego dla chorych zakaźnych. 6) Zwiększone ko-

szta administracyjne w razie zbudowania nowego pawilonu na terytoryum oddzielnem od szpitala obecnego nie powinno stanowić przeszkody do wykonania powyższego projektu, gdyż dobro chorych i lekarzy szpitalnych znaczą więcej, aniżeli drobne oszczędności w administracyi. 7) Najważniejszym argumentem na korzyść budowy na rozszerzonem terytoryum obecnego szpitala nowego pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego jest możność skorzystania zaraz z legatu ś. p. Mireckiego. Jednak pomimo tego należy się wstrzymać z tą sprawą wobec wyżej już wymienionych niedogodności, albowiem szpital w Radomiu powinien stanąć nie wyłącznie kosztem ofiar, wreszcie niedostatecznych, lecz kosztem miasta, jako miejska instytucya użyteczności powszechnej. Nowy szpital jest niezbędny. Nowy szpital powinien odpowiadać dzisiejszym wymaganiom, zaś budowanie jednego pawilonu z pozostawieniem reszty ruder szpitalnych równa się zagwożdżeniu sprawy szpitalnej w Radomiu, gdyż istnieje uzasadniona obawa, że władze miejskie zaniedbają wtedy sprawę budowy nowego szpitala, powołując się na dobre warunki w rozszerzonym szpitalu, a w naszem przekonaniu złym i nieodpowiednim. 8) Sprawy budowy nowego szpitala nie rozstrzygnie dzisiejsza municypalność. Należy tę sprawę odłożyć aż do wprowadzenia samorządu. Tylko samorząd z obywateli kulturalnych, obdarzonych instynktami społecznymi, dbałych o zdrowie publiczne, może zgromadzić środki dostateczne do wybudowania nowego szpitala i utrzymania go na należytej wysokości. Ani na chwilę nie przypuszczamy, aby współobywatele nasi pozostali głusi na nawoływania lekarzy, najlepiej znających tę sprawę, i aby nam nie przyszli z pomocą. Szpital bowiem jest jedną z najpilniejszych potrzeb miejskich. Pierwszą będzie tedy troską samorządnego miasta, zaś naszym będzie obowiązkiem nieustannie o to kołatać, a dzisiaj już przystąpić do opracowania odpowiedniego projektu.

Po ukończeniu dyskusyi poddano pod głosowanie wniosek następujący: Czy budowa szpitala w Radomiu jest sprawą nagłą? Za wnioskiem oświadczyło się 14 członków, wychodząc z założenia, że 1) racyonalna praca szpitalna w obecnych warunkach jest prawie niemożliwa i 2) że przyjęcie pierwszego projektu daje możność natychmiastowego prawie urzeczywistnienia należytej pomocy szpitalnej; 7 zaś członków, uznając budowę szpitala w Radomiu za pilną, jednak biorąc pod uwagę: 1) iż pośpiech w tym razie przyniesie szkodę sprawie wybudowania odpowiedniego nowego szpitala na właściwem dla szpitala terytoryum, 2) iż wybudowanie jednego pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego na rozszerzonem terytoryum szpitala św. Kazimierza może uchodzić z biegiem czasu w oczach władz miejskich za fakt wybudowania całkowitego nowego szpitala i przez to uniemożebnić racyonalne szpitalnictwo w Radomiu, 3) iż sprawa budowy szpitala nie jest sprawą obchodzącą wyłącznie dzisiejsze pokolenie chorych i lekarzy, lecz i dalekie, które mogą słuszną mieć pretensyę za niewłaściwe użytkowanie funduszów na ten cel przeznaczonych i czynić nam wyrzuty z tego powodu, sądzą, iż należy sprawę budowy nowego szpitala odłożyć aż do czasu wprowadzenia samorządu, gdyż wtedy wobec jawności postanowień Rady miejskiej, kontroli zarówno ze strony władz miejskich, jak i publicznej, przy pomocy odpowiednich komisyi i prasy, można posiadać wszelką pewność, iż fundusze zostały użyte oszczędnie, celowo i wyłącznie na budowę szpitala.

W końcu postanowiono wybrać komisyę z 5 członków w celu zajęcia się sprawą wyboru placu pod szpital. Komisya ta ma przedstawić swe w tym względzie wnioski pod obrady najbliższego ogólnego zebrania. Do powyższej komisyi większością głosów wybrani zostali następujący koledzy: 1) H. Fidler, 2) F. Kosicki, 3) J. Kossak, 4) H. Raszkes i 5) A. Szczepaniak. Na tem posiedzenie zamknięto.

Przewodniczący: H. Fidler. Członek zarządu, sekretarz: T. Rakowski.

Kilka uwag o szpitalach paryskich

podał

Dr Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

(Sprawozdanie przesłane Wydziałowi kraj. z podróży naukowej w r. 1909).

(Ciąg dalszy).

W odróżnieniu od naszych stosunków wypada mi podnieść organizacyę tamtejszej służby szpitalnej, która to organizacya, traktowana jako bardzo ważny dział szpitalnictwa, przyczyniła się bardzo znacznie do postępu szpitalnictwa paryskiego. Cała służba ujęta jest w kadry rozmaitych stopni, od których zależy wysokość poborów. Pobory te wynoszą od 800 do 1200 fr. rocznie. Każdy kandydat na służącego szpitalnego musi się poddać badaniu lekarskiemu i musi przejść szkołę służby szpitalnej przy szpitalu Salpêtrière; zależnie od kwalifikacyi, przy egzaminie osiągniętych, otrzymuje przeznaczenie i odpowiednie pobory. Egzaminy są prowadzone z całą bezwzględną surowością i znaczny procent kandydatów bywa corocznie odrzucany. Służba szpitalna pracuje 12 godzin na dobę i dzieli się na dzienną i na nocną. Służba dzienna ma prawo do jednorazowego odpoczynku tygodniowego, który wynosi 2 razy w miesiącu cały dzień, a 2 razy 1/2. dnia. Służba nocna ma prawo do 4 wolnych nocy w miesiącu. Oprócz tego każdy ma prawo do corocznego jednorazowego urlopu, który wynosi 25 dni. Ażeby wskutek ciągłego kolejnego urlopowania nie cierpiała obsługa chorych, a pozostająca służba nie była przemęczoną, stworzono typ służby zastępczej płatnej, z której kadrów w miarę potrzeby wysyła się do poszczególnych szpitali na zastępstwo urlopowanych lub chorych. Z tej organizacyi łacno poznać, w jak wysokim stopniu centralna władza przejęta jest uczuciem humanitarnem względem tych, o których w innych krajach nawet się nie myśli jeszcze! — Tylko część służby szpitalnej mieszka w danym szpitalu; reszta jest przychodnia. Mieszkający w szpitalu, mają osobne pokoiki dla siebie, powietrzne, widne, starannie urządzone. Łóżka mają sprężynowe, takie same, jak chorzy, szafę, umywalnię, stolik i stołki, jednem słowem wszystko to, co w naszych stosunkach uważane bywa za potrzebne do stworzenia przyjemnego kącika w chwili wytchnienia po pracy. Na przybysza z Galicyi to ludzkie traktowanie służby i to dbanie o jej wygodę sprawia silne wrażenie. Bezwiednie nasuwa się myśl, że tak traktowany służący szpitalny musi odczuwać pełnię swego człowieczeństwa, że uważa się za pracownika, a nie za płatnego najemnika, i że jego czynności przy chorym mogą być daleko szlachetniejszemi uczuciami nastrojone, aniżeli czynności naszych Jaśków i Kasiek. Wyszkolenie służby paryskich szpitali jest bardzo wielkie; nawet czynności, spełniane u nas przez lekarzy, wykonuje ona z precyzyą. Wielokrotnie byłem świadkiem wstrzykiwania lekarstw, dokonywanego przez dozorczynie w klinice wewnętrznej szpitala Hotel-Dieu. Widziałem, jak ze ścisłością chirurga odkażały one skórę i strzykawkę, zanim przystąpiły do wstrzyknięcia, a czyniły to bez dozoru i nie wiedząc, że je obserwuję. Znajomość dobra tego, czego wymaga się potem od pracownika, jest i powinna być pierwszym warunkiem przyjęcia kogoś za takiego pracownika. Jakże można spodziewać się i żądać od sióstr i służby, żeby umiały chronić chorych od przeniesienia zarazków chorobowych z innych, jeżeli one wogóle nie mają pojęcia o zaraźliwości pewnych chorób i po największej części nie wierzą w »jakieś tam zaraźliwe choroby«. (Dok. nast.).

Sprostowanie. W Nrze 29. »Przeglądu« na str. 439, szpalta prawa, ma wiersz 35 brzmieć: »wypływający z prawa 14. lipca 1905«, wiersz 38/9: »W roku 1907 było w Paryżu...«, wiersz 15 od dołu: »Koszt budowy wynosił 14000 franków na jedno łóżko«, a w wierszu 26 na str. 440 szpaltą lewa zamiast »ćwiczeniu« ma być »wyćwiczeniu«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich.

(Wedle referatu Dra Adolfa Grussa, wypracowanego na zlecenie XIV Wiecu Izb lekarskich i IV. Zjazdu delegatów Związku państwowego organ. lek.).

(Dokończenie).

§ 439 p. w. stanowiący karę do jednego roku więzienia i grzywnę do 4000 kor. na tych, którzy przez niedbalstwo przyczynią się do szerzenia choroby zakaźnej, może być stosowany przeciw lekarzowi, nie donoszącemu o wypadku choroby zakaźnej lub nie zarządzającemu środków ostrożności u chorego zakaźnego. Przepis ten może stanowić kolizyę z § 403 p. w., karzącym za zdradzenie tajemnicy zawodowej, jeśli lekarz ma w leczeniu chorego na kiłę. Wprawdzie ustęp 4 § 403, jak dopiero co wspomniałem nie karze za zdradzenie tajemnicy, jeśli tego wymagał »interes publiczny lub interes prywatny«. Tymczasem właśnie tajemnica w przypadku choroby płciowej np. małżonka »e coitu extramatrimoniali« leży w interesie i to bardzo uzasadnionym interesie prywatnym chorego, niebezpieczeństwo rozszerzenia tej choroby na otoczenie bliższe i dalsze chorego dotyka znowu żywo interesu publicznego. Uzasadniony interes prywatny wymaga tajemnicy, — interes zaś publiczny wymaga czegoś wprost przeciwnego. Lekarz, zastosowawszy się do jednego z tych przepisów, może być w danym razie karany za przekroczenie drugiego, a wtedy znowu może mu się nadto przypomnieć władza polityczna ze swoim ciężkim art. 48 i zabronić praktyki.

§ 464 p. w. ustęp 1, zakazujący partactwa lekarskiego ma brzmienie jeszcze niefortunniejsze, niż obecny, odpowiedni przepis; ustęp 2 zakazuje sprzedawania i zachwalania środków tajnych, zabronionych, ustęp 3 zabrania nieuprawnionym narkotyzowania i hypnotyzowania drugich, ustęp 4 niebezpiecznych naukowych doświadczeń na ludziach, a ustęp 5 zawiera przymus zawodowy dla lekarzy i położnych. Przestąpienie któregokolwiek z tych przepisów karze p. w. aresztem aż do 4 tygodni lub grzywną do 300 koron. Wymiar kary za przestępstwa, objęte pierwszymi czterema punktami wcale nie wysoki, natomiast co do przymusu lekarskiego wprost srogi. Paragraf ten o przymusie zawodowym, w którym spotykają się ze sobą prawa i obowiązki lekarza, naocznie przekonywa o lekceważeniu stanu lekarskiego przez projektodawcę p. w.

Ponieważ teraz zajmujemy się wyłącznie przepisami, nakładającymi na lekarza obowiązki, nie mające nic wspólnego z jego czynnością leczniczą, rozważymy tylko ustęp 2, 4 i 5 — o ustępach 1 i 3, odnoszących się do partactwa pomówimy kiedyindziej.

Ustęp 2 karze jednakowo lekarza i laika. Nam się wydaje, że lekarz powinien być w każdym razie łagodniej karany o ile działa na podstawie swego doświadczenia, którego przecież laik mieć nie może. W zasadzie przepis ten jest zupełnie słuszny.

Ustęp 4 karze za niebezpieczne naukowe doświadczenia na ludziach w równej mierze każdego obywatela. Zważywszy, że naukowe doświadczenia wymagają naukowego uzdolnienia, którego chyba żaden laik nie posiada, powinien przepis ten mówić wyłącznie o lekarzach. Czy leczenie nowymi lekami lub sposobami zechce sędzia uznać w przyszłości za niebezpieczne, naukowe doświadczenie, okaże praktyka — bo i to nie wyłączone.

A teraz nieco szerzej o ustępie 5 odnoszącym się do przymusu zawodowego. Ze względu na jego doniosłość podajemy go w dosłownem tłumaczeniu: »§ 464, ustęp 5. Również będą karani lekarz i położna, którzy w swym zawodzie koniecznie potrzebnej pomocy lekarskiej lub położniczej bez dostatecznego powodu odmawiają lub ją zwlekają, chociaż mogli z danych okoliczności dojść do wniosku, że chory może być przez to narażony na niebezpieczeństwo«.

Przymus zawodowy ogranicza więc obecny przepis do koniecznie potrzebnej pomocy lekarskiej lub położniczej. Niefortunnem dla lekarzy jest brzmienie przepisu, że karygodne jest też i zwlekanie pomocy, bo pozostawia domysłom chorego, jego otoczenia i sędziego bardzo szerokie pole. Również z tej samej przyczyny niefortunnem jest określenie »bez dostatecznego powodu«. Przepis zapowiada karę, jeśli lekarz mógł się domyśleć (dlaczego nie, jeśli musiał?), że choremu grozi niebezpieczeństwo. Skąd lekarz wzywany może »módz się domyśleć«, co się dzieje z chorym, którego nie widzi? Czy zawsze są wiarygodni ci, co nie wzywają nigdy inaczej, jak do »konających«, bo albo zawsze wszystko widzą w czarnem świetle lub chcą czy to dla dokuczenia lub wyzyskania lekarza tak właśnie widzieć? Przepis taki wydaje lekarza na łaskę i niełaskę jego klienteli, która wzywając go, może postępować równie »bona fide«, jak »mala fide«. A złośliwie, zupełnie nawet niepotrzebnie wzywają lekarza najczęściej ci, co go nie płacą, a więc w praktyce ubogich lub kasowej. Ludzie zamożniejsi, lekarza zawsze płacący, zwykle dobrze rozważają, zanim lekarza poproszą, jeśli zdarzy się, że go niepotrzebnie gwałtownie wezwą, to i lepiej potem płacą i jeszcze przepraszają. Przymus w tej postaci, jeszcze jako taki znośny dla młodego zdrowego lekarza, stać się może czasem wprost niebezpieczny dla zdrowia i życia lekarzy chorych lub starszych. Czyż się w praktyce nie zdarza i tak, że rodzina trzyma chorego bez lekarza prawie aż do początku konania, albo leczy go u partacza, a kiedy śmierć się zbliża, wzywa na gwałt lekarza w nocy, w zawieruchę, ażeby chory nie umarł »bez doktora« i żeby rodzina nie miała potem kłopotu z pogrzebem. Zdaje się, że prawodawcy nie mają najmniejszego pojęcia o praktyce lekarskiej, nie wiedzą, że lekarze kas chorych nie zastają często w domu chorych »konających«, bo tymczasem jeden »poszedł do innego doktora, nie mogąc się doczekać pana z kasy«, a inny tymczasem poszedł »tylko do fryzyera« i t. p. Trzeba zaś zważyć, że takie stosunki wyrobiły się w czasie, kiedy nie było przymusu zawodowego dla lekarzy, wynikającego z ustawy karnej, tylko z dekretów kancelaryi nadwornej. A teraz publiczność, skoro się dowie, że lekarz może dostać się pod klucz, dopiero użyje sobie na lekarzach. Przepis ten chyba dlatego wymyślili prawnicy, żeby odstraszyć młodych ludzi od studyowania medycyny. Karany będzie lekarz, jeśli pomocy odmówił lub ją odwlókł w takim przypadku, w którym choremu mogło grozić niebezpieczeństwo, (dlaczego p. w. nie powiada: »w istocie groziło«) i to bez względu na to, czy naprawdę chory poniósł szwank, czy nie. Odmówienie lub odwleczenie pomocy samo w sobie jest karygodne.

Cięższej brzmiącego dla lekarzy przepisu nie mógł wymyśleć największy nasz wróg!

Gdy § 314 p. w. obowiązujący wszystkich obywateli ogranicza obowiązek spieszenia z pomocą tylko w razie »widocznego niebezpieczeństwa dla życia«, a za zaniedbanie karze tylko, »jeśli ktoś mógł dokonać czynu z łatwością i bez niebezpieczeństwa« i jeśli »druga osoba w niebezpieczeństwie postradała życie,« — to § 464 ustęp 5, p. 4, stanowi dla lekarza bezwzględny obowiązek spieszenia z pomocą, jeśliby chory przez odmówienie lub odwleczenie pomocy tylko mógł być »narażony na niebezpieczeństwo«, a lekarz z okoliczności mógł tylko przypuścić, że pomoc jest niezwłocznie potrzebna, a uznaje lekarza winnym nawet wtedy, jeśli nic złego się nie stało choremu, bo np. inny lekarz pospieszył z pomocą. Czyż na barki jakiegokolwiek innego zawodu nakłada państwo podobny ciężar? Żadnego innego obywatela nie pozbawia państwo tak, jak lekarza, praw osobistych. Przymus taki stworzono nie ze względu na istotną potrzebę współobywateli, ale dla dogodzenia najszerzej pojętej wygodzie uczyniono z lekarza niewolnika samowoli pierwszego lepszego, który go zechce nadużyć lub mu dokuczyć.

Brzmienie § 464, ust. 5, pozwala i na takie rozumienie, że i taki lekarz obowiązany jest spieszyć z pomocą, który wcale praktyki nie wykonuje, nawet od lat, a zajmuje się zupełnie czem innem, albo też lekarz, który się poświęcił jakiejś specyalności, a zatem stracił wprawę, potrzebną do praktyki ogólnej, a nawet ten, który zajmuje się wyłącznie teoryą medycyny. Taki lekarz może stanąć w danym razie pod alternatywą: z jednej strony § 464, 5. a z drugiej błąd lekarski; nie za jedno, to za drugie może się dostać do więzienia.

Lekarze mogą się zgodzić tylko na następujące brzmienie tego przepisu karnego, jeśli państwo uznaje wogóle konieczną potrzebę obejmowania tej sprawy ustawą karną, a nie chce zostawić jej, jakby należało, Izbom lekarskim: »Lekarz praktykujący, który w przypadkach niebezpieczeństwa dla życia, gdzie pomoc była konieczna, a skądinąd nie dała się na czas uzyskać, tej pomocy odmówił bez dostatecznego powodu, chociaż musiał konieczność jej uznać, ma być karany grzywną do 200 kor., jeśli stąd śmierć chorego wynikła«.

Równocześnie jednak żądamy, żeby § 3, alin. 6 ust. sanit. z 30. kwietnia 1870 Dz. u. p. p. Nr 68, był w całej rozciągłości wykonany. Przepis ten nakłada na każdą gminę obowiązek postarania się we własnym zakresie działania, by jej członkowie mogli w chorobie, wśród porodu i w niebezpieczeństwie życia znaleść konieczną pomoc. Dalej żądamy skutecznej ustawy przeciw partactwu. Domagamy się też od państwa, by lekarzowi,

wzywanemu z tytułu przymusu zawodowego zapewniło wynagrodzenie. Koniecznie żądamy ochrony lekarza według § 100 p. w., skoro go państwo równa co do obowiązków ze swemi urzędnikami. Wreszcie podnosimy, że w nowej ustawie powinien znaleść pomieszczenie przepis, odpowiadający § 360, obowiązującego kodeksu karnego, który nakazuje szeregowi osób (rodzice, małżonkowie, opiekunowie i t. p.) postarać się o pomoc lekarską dla swych pupilów w razie choroby.

Najodpowiedniejszą jednakże rzeczą byłoby skreślenie § 464 ustępu 5 z projektu, bo chyba władza da sobie w danym razie radę przy pomocy władzy politycznej, Izb lek. i § 314 p. w.;— § 464 ustęp 5 może posłużyć jedynie do odstraszenia od studyum medycyny. Stahr.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu d. 30. czerwca b. r. uchwalił, co następuje:

»Ponieważ mnożą się przypadki, w których lekarze pewne sposoby leczenia odstępują osobom do tego niepowołanym, w szczególności zaś poruczają technikom dentystycznym wykonywanie zabiegów operacyjnych w jamie ust, któreto zabiegi na mocy dekretu kancelaryi nadwornej z d. 14. września 1842 wyłącznie zastrzeżone są lekarzom, przeto Izba lekarska w przyszłości wystąpi przeciw wszelkim próbom, któreby do rozszerzenia zakresu działania techników dentystycznych na zabiegi i operacye w jamie ust zmierzały.

Równocześnie Wydział Izby lekarskiej zwraca uwagę kolegom na to, że oddawanie technikom dentystycznym zabiegów lekarskich w jamie ust, jakoteż pokrywanie tychże techników nazwiskiem i firmą lekarza, uważanem będzie jako uchybienie godności stanu, a lekarze, działający wbrew powyższej zasadzie, narażą się na dochodzenie ze strony Rady honorowej Izby lekarskiej«

Prezydent Izby zachodnio-galicyjskiej: Dr Schoengut.

W sprawie roznosicieli dwoinek zapalenia opon. Na zlecenie wojsk. Akademii lek. w Monachium zbadano w tych pułkach monachijskich, w których z początkiem zeszłego roku najbardziej srożyło się nagminne zapalenie opon mózgowych, 2.763 żołnierzy dla przekonania się, czy w śluzie nosa i gardła są u nich zarazki chorobotwórcze. Badań dokonano w ciągu roku 1909/10 3.400 i stwierdzono 52 roznosicieli meningokoka. Stahr.

Zwalczanie błonicy. W Szczecinie zawiązało się Towarzystwo, mające na celu zwalczanie błonicy zapomocą bezpłatnego rozdawania w razie potrzeby surowicy przeciwbłoniczej, co zarazem ma na celu wzbudzenie zaufania do leczenia surowicą w szerszych kolach ludności. X.

Odkażanie wozów kolejowych, szczególnie sypialnych, staje się coraz większą potrzebą, a nie robi się dotąd w tym względzie albo nic, albo prawie nic. Obecnie wprowadziły koleje pruskie odkażanie w warsztacie poczdamskim. Zbudowano tam olbrzymi cylinder, do którego wjeżdża cały wóz kolejowy i który się następnie hermetycznie zamyka. Wtedy ogrzewa się ten cylinder do 50^{0}, wytwarza się zapomocą pompy powietrznej próżnię i zapełnia wreszcie cylinder parą formolu. Odkażenie jednego wozu wraz z amortyzacyą przyrządu wypada około 40 marek. Stahr.

W sprawie wychowania fizycznego wydało austryackie ministerstwo oświaty rozporządzenie, polecające, na podstawie ankiety, zwołanej w tej sprawie w styczniu r. b., dyrektorom szkół średnich popieranie strony fizycznej wychowania uczniów. Dwa popołudnia w tygodniu mają być poświęcone ćwiczeniom fizycznym, do których kosztów ministerstwo ewentualnie się przyczyni. X.

W biurze pośrednictwa Związku lipskiego zgłosiło się w r. 1908 898 lekarzy, szukających osiedlenia się, a było na to zaledwo 618 miejsc odpowiednich. Słuchaczy medycyny wtedy było w Niemczech 6000, a obecnie jest ich aż 8558! X.

Zwalczanie partactwa w Niemczech. Przeciw partaczowi Gottschalkowi odbył się w Kassel proces, zakończony skazaniem go za oszustwo, dowiedzione mu w 64 przypadkach, na 9 miesięcy więzienia. G. objeżdżał miasta i miasteczka w Niemczech, tytułując się lekarzem (po odbyciu 14-dniowego kursu u innego partacza), i zachwalał swój »niezawodny« sposób leczenia. Sposób leczenia polegał na tem, że Gottschalk patrzył długo na pewien przedmiot, a potem klaskał w dłonie, twierdząc, że choremu już będzie lepiej, prócz tego sprzedawał zioła, za cenę do 10 marek za paczkę! X.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. VII. do 23. VII. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Lwowie (zachorował żebrak), w pow. Horodenka (Żabokruki 2, Żuków 3), Jaworów (Młyny 1, Jaworów 2), Jarosław (Nienowice 1), Lwów pow. (Zarudce 2), Podhajce (Rakowiec 5), Przemyśl (Przemyśl 1), Rawa Magierów 2, Pogorzelisko 2), Skałat (Mazurówka 1), Drohobycz (Podbuż 7); ospy 1 przypadek w Michałówce p. Borszczów; nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 1 przypadek w m. Lwowie.

Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. VII. do 23. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † —), krztuśca 4 † 1, ospy wietrznej 2, płonicy 11 † 3 (4 † 3), odry 5, duru brzusznego 3 † 1 (3 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dyplom doktorski uzyskali p. Wiktor Giełczyński, rodem z N. Sącza, Wacław Rychliński, rodem z Kalisza i Hieronim Adolf Osuchowski, rodem z Warszawy.

— Przetwór Ehrlicha-Hata otrzymała od wynalazcy do doświadczeń krakowska klinika okulistyczna Prof. Wicherkiewicza.

— »Dom Zdrowia« Towarzystwa »Bratnia pomoc uczącej się młodzieży polskiej« w Zakopanem uzyskał z państwowego funduszu przeciwgruźliczego 1000 kor. zasiłku na r. 1910. Na fundusz budowy »Domu Zdrowia« ofiarowali pp. Antoniostwo Fabrycowie z Podola ros. za pośrednictwem Dra K. Dłuskiego 2540 kor., jako fundacyę im. ś. p. Lucyana i Jadwigi Fabrycych, a Prof. Bujwid 200 kor.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (30) podaje, że Polski komitet narodowy zgłosił dotychczas na V. międzynarodowy Zjazd ginekologiczny (w Petersburgu 22—28. IX. b. r.), 10 wykładów, które zapowiedzieli: Prof. Mars i Dr Bocheński ze Lwowa, Dr Cykowski, Neugebauer, Stankiewicz, Zaborowski i J. Jaworski z Warszawy i Dr Falgowski z Poznania.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt nowo założonego dwumiesięcznika p. t. »Neurologia polska«, redagowanego przez Dra Ludwika Dydyńskiego, przy pomocy komitetu redakcyjnego, który tworzą: Dr Bornstein, Bregman, Wł. Dawid, Flatau, Gajkiewicz, Goldflam, Kopczyński, Męczkowski, St. Orłowski, Segal, W. Sterling, Wizel, a przy współudziale Dra J. Babińskiego, F. Chłapowskiego, Prof. Halbana, Prof. Heinricha, Prof. Pilza i Prof. K. Twardowskiego. Nowemu czasopismu, powstałemu wskutek uchwały I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, przesyłamy życzenia najpomyślniejszego rozwoju, witając z radością założenie osobnego organu dla tak ważnego działu nauki lekarskiej.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1908«, obejmujący streszczenia 1140 artykułów i dzieł, wydanych w tym roku. Dołączenie »Przeglądu piśmiennictwa« w roku bieżącym do II. zeszytu »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«, tak, jak to bywało dawniej, budzi nadzieję, że może w tym roku powiedzie się zapobiegliwej Redakcyi »Przeglądu piśmiennictwa« wydać jeszcze sprawozdanie za rok 1909 i w ten sposób przywrócić terminowość tego niezbędnego wydawnictwa.

— Dzienniki donoszą, że miesięcznik »Gruźlica«, redagowany przez Dra B. Dębińskiego z Warszawy i S. Sterlinga z Łodzi, dla braku poparcia wychodzić przestaje. Zwinięcie tego czasopisma, mogącego oddać wielkie usługi w propagandzie walki z gruźlicą, a doskonale redagowanego, byłoby niewątpliwą stratą w naszem piśmiennictwie.

— Otwarcie wystawy przeciwgruźliczej w Częstochowie, urządzonej przez tamtejszy oddział Towarzystwa higienicznego, odbędzie się 31. lipca b. r.

— Szpital dziecięcy im. Anny Maryi w Łodzi, jeden z najlepiej urządzonych szpitali w Polsce, uzyskał pewne podstawy bytu, albowiem fundatorowie jego, pp. Herbstowie, ofiarowali obecnie 100.000 rubli na fundusz żelazny szpitala, a 50.000 na bieżące jego potrzeby. — Dyrekcyę szpitala obejmuje Dr Schoenaich w miejsce zasłużonego dotychczasowego dyrektora, Dra Brudzińskiego, który przenosi się na stałe do Warszawy.

Z różnych stron. Dr Józef Okińczyc uzyskał w Paryżu stopień profesora »agrégé« w zakresie chirurgii z tem odznaczeniem, że jest jednym z trzech kandydatów, mających wykładać w Paryżu.

— W Winnicy na Podolu powstać ma nowy szpital im. Pirogowa, fundowany na wniosek tamtejszego Towarzystwa lekarskiego przez ziemstwo podolskie z pomocą składek, zbieranych w Rosyi. Pirogow mieszkał ostatnie 20 lat życia w Winnicy; w r. b. przypada setna rocznica jego urodzin.

— W ostatnim (XI) Zjeździe lekarskim rosyjskim im. Pirogowa brało udział 2005 uczestników (w tem 297 lekarek). W stosunku do ogólnej liczby lekarzy w Rosyi liczba to niezbyt wielka.

— Po okresie bezwzględnych pochwał przetworu »606« (Bioksydiaminoarsenobenzolu) Ehrlicha-Hata, poczynają się pojawiać pierwsze publikacye o ubocznych działaniach leku. Bohač i Sobotka ogłosili przed paru dniami (Wiener klin. Wochenschr. 1910 Nr 30), że u 3 na 14 leczonych spostrzegali: groźne zatrzymanie moczu, dokuczliwe parcie na stolec obok zaparcia, zniknięcie odruchów kolanowych, i to w jednym przypadku już po dawce 0·3, t. j. najmniejszej z dotąd używanych. Wystąpienie powikłań w swoich przypadkach tak częste, gdy w tysiącach innych przypadków nie było żadnego działania ubocznego, tłómaczą sobie Bohač i Sobotka tem, że przetwór nie zawsze ma skład jednakowy.

Mianowani. Okulista Doc. Karol Wessely profesorem nadzw. w Würzburgu, Doc. Maksymowicz z Moskwy profesorem patologii ogólnej, a Doc. Sacharow z Kazania profesorem chemii lekarskiej w uniwersytecie warszawskim.

Powołani. Pedyatra Prof. Feer z Heidelbergu do Zürichu, ginekolog Prof. Hofmeier z Würzburga do Berlina, chirurg Prof. Schloffer z Insbrucku do Pragi.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.